

Hat der „Check Up“ ausgedient?

Is the „check up“ Worthless?

Autor

W. C. Hager

Institute

Facharzt für Allgemeinmedizin, Köln

Schlüsselwörter

- Check Up
- unmittelbare Untersuchung
- Bewertung
- hausärztliche Haltung

Key words

- check up
- physical examination
- evaluation
- GPs attitude

Peer reviewed article

eingereicht: 01.06.2008

akzeptiert: 07.07.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1082292
 Online-Publikation: 2008
 Z Allg Med 2008; 84: 388–390
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. W. C. Hager
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Köln
 Scherfginstrasse 10
 Köln 50937
 hagerchr@uni-duesseldorf.de

Zusammenfassung



Fragestellung: Im Diskussionsforum der DEGAM gab es kürzlich eine Auseinandersetzung um die Frage: Ist es gerechtfertigt, den „Check ab 35“ in der Praxis einzusetzen?

Methoden: Die Frage wird anhand ausgewählter Literatur zu hausärztlichem Screening, zu primärärztlicher Diagnostik und ihrer Evaluation und Literatur zu Wahrnehmung und Entscheidungsfindung diskutiert.

Ergebnisse: Einzelne Bestandteile des „Check ab 35“ sind in ihrem Nutzen gut belegt. In Deutschland ist die Teilnehmerrate niedrig und die Ergebnisse werden in der Therapie kaum verwertet. Vermutlich schult eine regelmäßige Durchführung des Checks die ärztliche Aufmerksamkeit und vermutlich stärkt sie eine respektvolle Patient-Arzt-Beziehung.

Schlussfolgerung: Es gibt viele Gründe, den „Check ab 35“ in der Praxis einzusetzen.

Eine kritische, hausärztliche Haltung zum „Check ab 35“ (Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten) [1] – im Folgenden mit „GU“ abgekürzt – ist durch folgenden Interessenkonflikt geprägt: Einerseits ist die Effektivität der GU als Instrument des Screenings gesunder Menschen im Alter über 35 Jahre nicht belegt – andererseits würde ein Verzicht auf extrabudgetär vergütete Leistungen, wie den „Check Up“ die wirtschaftliche Ertragskraft der Praxis schwächen. Im Diskussionsforum der DEGAM (Listserver) erklärten kürzlich alle Diskutanten, entsprechende Leistungen in der eigenen Praxis zu erbringen. Manche beklagen dabei die ökonomischen Zwänge, Unsinniges zu tun. Andere Hausärzte machen im Gegenteil die GU zu einem besonderen Merkmal im Praxisprofil.

Der „Check ab 35“ wurde 1989 in die hausärztliche, kassenärztliche Versorgung eingeführt und

Abstract



Objektive: Recently the question was discussed in the internetforum of DEGAM: Is there any justification for performing check up in general practice?

Methods: Based on selective literature search about screening and diagnostic in primary care, about human perception and decision making certain aspects of the question are discussed.

Results: The evaluation of certain parts of check up is positive. In Germany only a few people participate in check up and rarely the results have consequences. Presumably the doctor performing check up periodically sharpens his own attention and assists a patient-doctor-relationship in respect.

Conclusion: There are many good reasons to perform check up in general practice.

umfasst die „Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils, Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Untersuchungen aus dem Blut: Gesamtcholesterin, Glukose und Untersuchungen aus dem Urin (Harnteststreifen)“ [1].

Die US Preventive Services Tasks Force, die dem US Department of Health & Human Services unterstellt ist, hat eine differenzierte Bewertung zahlreicher präventiver medizinischer Maßnahmen im primärmedizinischen Kontext ins Internet gestellt [2]. Sucht man nach der Bewertung einiger im „Check ab 35“ obligatorischen Untersuchungsschritte, finden etliche eine uneingeschränkt positive Bewertung: z.B. Blutdruckmessung, Adipositascreening, Diabetescreening bei erhöhtem Blutdruck, Bestimmung des Cholesterin, Empfehlung des Nikotinver-

zichts, Ernährungsberatung für Menschen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko. Die Effektivität des Ganzkörperstatus und der Wiederholung der GU im 2-jährigen Rhythmus sind aber offenbar nicht belegt.

Bei der praktischen Integration der GU in den hausärztlichen Alltag finden evidenzbasierte Überlegungen offenbar wenig Beachtung. Für den Hausarzt im deutschsprachigen Kulturkreis ist eine individualisierte Betreuung seiner Patienten typisch. So nutzen Hausärzte in Deutschland die GU offenbar gar nicht oder kaum als Screeninginstrument. Das belegen Teilnahmeraten. Nur 17–19,4% der Anspruchsberechtigten nahmen 2002–2006 an der GU teil und lediglich in der Altersgruppe der 65–74-jährigen betrug die Teilnahmerate um 30% [3]. Für die Teilnehmer haben die in der GU erhobenen Daten offenbar nur in verschwindend geringem Ausmaß therapeutische Konsequenzen – wie am Beispiel der Cholesterinbestimmung belegt ist [4]. Hausärzte in Deutschland sehen in der GU offenbar einen Weg, die individuelle Patient – Arzt – Beziehung zu stärken [5], der hierzulande eine hohe Akzeptanz findet und von Krankenkassen und Politik gefördert wird.

Der Autor dieser Zeilen plädiert für einen selbstbewussten Einsatz der GU im Praxisalltag auch deshalb, weil regelmäßige Durchführung der GU den Arzt selbst schult. Sie leistet einen Beitrag zu einem tragfähigen Zugang zur Wirklichkeit des Patienten und zu einer nützlichen hausärztlichen Haltung. Im Folgenden einige Beispiele:

- ▶ Berufsanfängern in der Allgemeinpraxis macht es erfahrungsgemäß Mühe, die eigentlichen Gründe der Inanspruchnahme ihrer Patienten hinter den vordergründigen Behandlungsanlass aufzudecken. Nach der Weiterbildung im Krankenhaus fällt es schwer, an der eigenen Arztrolle in einem Kontext festzuhalten, in dem der institutionelle Rollenschutz des Krankenhauses entfällt. Die Frage: „Warum kommt dieser Mensch jetzt zu mir?“ stellt unerwartet komplexe Anforderungen an die eigenen kommunikativen Fähigkeiten, da verbales Aushandeln allein nicht ausreicht. Der Arzt muss lernen, kommunikative Techniken mit professioneller Distanz anzuwenden und muss seine Beobachtungsgabe schärfen [6]. Manche Kollegen empfinden es als äußerst hilfreich, die Untersuchungsroutine aus dem Krankenhaus bei Patientenaufnahme in der Praxis weiter zu verwenden und an eingeübte Abläufe anzuknüpfen.
- ▶ Beispielsweise lassen sich Berufsanfänger von aufgeregten Patienten leicht „blöffen“ [7]. Die Dringlichkeitserwartungen solcher Patienten müssen angemessen relativieren werden. Die Basis für so eine Fertigkeit liefert die unmittelbare, gründliche Untersuchung des Patienten.
- ▶ Krankheiten sind Entwicklungen, keine Zustände [8]. Dies ist für Berufsanfänger häufig ebenfalls schwer nachvollziehbar. Die Dynamik von Lebensvorgängen kann in der ausführlichen Anamnese und in der aufmerksamen Begleitung von Patienten erlebt und in die eigenen medizinischen Konzepte integriert werden.
- ▶ Eine Folge der Dynamik von Lebensvorgängen ist die Ungewissheit. Ärztliche Praxis ist immer auch Umgang mit Ungewissheit – besonders im primärärztlichen Kontext [6]. Selbst bei enttäuschender Evaluation einzelner Schritte unmittelbarer Diagnostik in Bezug auf die Klärung einer bestimmten Diagnose [9] wird kein Arzt im Kontakt mit dem Patienten darauf verzichten können, aufmerksam hinzuschauen. Im primärärztlichen Beruf liegt weder die Verantwortung, noch die Möglichkeit, immer eine „überzeugende Zuordnung eines

Krankheitsbildes zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff“ [10] zu leisten. Es geht beim primären Patientenkontakt vorrangig um Indikationen zu Handlungen, nicht um Diagnosen [11]. Indikationsstellungen sind in ihrem Nutzen abhängig vom rechten Zeitpunkt. Sie müssen zum aktuellen Kontext und seiner historischen Entstehung passen. Der Kontext kann mit unmittelbarer Beobachtung erfasst werden – anderes aber kaum [12].

- ▶ Apparate arbeiten verlässlich, wenn sie gewartet und geeicht sind. Im Unterschied zu apparativen diagnostischen Verfahren ist die unmittelbare Wahrnehmung nur dann valide, wenn sie ständig trainiert wird. Aufmerksamkeit beinhaltet das Paradox für den Beobachter, auf etwas zuzugehen, das für ihn (noch) gar nicht existent ist [13]. Der erforderliche Mut muss trainiert werden. Wahrnehmung ist nie nur Abbildung von Wirklichkeit sondern immer auch Konstruktion von Wirklichkeit [14]. Den konsensfähigen Wirklichkeitsgehalt seiner Wahrnehmung muss jeder Wahrnehmende ständig immer wieder testen, um sich nicht in Illusionen zu verstricken [15].
- ▶ Die Allgemeinpraxis wird trotz des Strukturwandels in Deutschland immer noch vorwiegend in privatwirtschaftlich organisierten Kleinunternehmen ausgeübt. Der selbstständig niedergelassene Hausarzt ist auf Attraktivität für seine Klienten wirtschaftlich angewiesen. Als kommunikative Geste hat die unmittelbare Untersuchung etwas sehr Verbindliches, das die Attraktivität der Praxis steigert. Z. B. teilen Patienten die Hausärzte der Umgebung in solche ein, die man aufsuchen kann, wenn man eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt, und solche, die man aufsucht, wenn man „etwas Ernstes“ vermutet. Mit seiner Bereitschaft zur gründlichen, unmittelbaren Untersuchung beeinflusst der Hausarzt die Reputation seiner Praxis in die Richtung gegenseitigen Respekts von Patient und Arzt.
- ▶ Absurde Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen machen gegenwärtig Patienten und Ärzten schwer zu schaffen. Wenn es zutreffend ist, dass der globale Strukturwandel belastend für die Gesundheit der Menschen ist, weil mit der Unterwerfung bisher geschützter Lebenswelten [16] unter die Verwertungsinteressen von bürokratischen und ökonomischen Mächten menschliche Individualität ignoriert und zerstört wird, dann wäre jede aufmerksame Wahrnehmung der Besonderheiten des Einzelnen ein Akt gesunden Widerstands [17].

In Deutschland wird der Wert der GU als Screeninginstrument auch in den Teilen kaum realisiert, die gut belegt sind. Es bleibt eine Spekulation, ob die hier behauptete bildende Funktion der GU für die Haltung des Arztes überhaupt breit zum Tragen kommt. Aber es gibt offenbar gute Gründe für den gewissenhaften Einsatz der GU in Diagnostik und Therapie für beide – für Patient und Arzt.

Interessenskonflikte: Sind im Text offen gelegt.

Literatur

- 1 Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29.9.1989. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/>
- 2 www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
- 3 Medical Tribune 2008; 43. Jahrgang Nr. 25 (20.6.08): 31
- 4 Sönnichsen AC, Rambeck M, Donner-Banzhoff N, Baum E. Cholesterinbestimmung beim „Check ab 35“: Hat die Untersuchung Konsequenzen? Z Allg Med 2006; 82: 431–434
- 5 Fisseni G, Golücke A, Abholz H-H. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Z Allg Med 2003; 79: 591–595

- 6 Neighbour R. The Inner Consultation. Radcliff Publishing, Oxford 2005
- 7 Hager WC. Ärztliches Handeln bei Entscheidungsdruck und diagnostischer Ungewissheit. Z Allg Med 1999; 74 (Kongress Abstracts): 16
- 8 Koch R. Die ärztliche Diagnose. Bergmann, Wiesbaden 1917
- 9 Mac Gee S. Evidence based physical diagnosis. Saunders 2001
- 10 Braun RN. Die Diagnostik in der Alltagspraxis. Dtsch med Wschr 1956; 81: 1236–1238
- 11 Wieland W. Die Diagnose. De Gruyter, Berlin 1975
- 12 Gross R, Löffler M. Prinzipien der Medizin. Springer, Berlin 1997
- 13 Waldenfels B. Phänomenologie der Aufmerksamkeit. Suhrkamp 2004
- 14 Weizsäcker Vv. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung (1940). Suhrkamp 1997
- 15 Watzlawick P, Hrsg. Die erfundene Wirklichkeit. Piper 1981
- 16 Habermas J, Derrida J. Philosophie in den Zeiten des Terrors. Europäische Verlagsanstalt 2006
- 17 Berger J. Mit Hoffnung zwischen den Zähnen. Wagenbach 2008

Zur Person



Dr. med. W. Christoph Hager, Köln. Jahrgang 1952. Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis seit 1985, bis 1997 auf dem Lande in Bremervörde, seither am Kölner Strandrand. Betreuung von Weiterbildungsassistenten in der Praxis seit 1995. 1998 Promotion über Hausärztliche Diagnostik und Krankenhauseinweisungen. Seit 1998 Lehrbeauftragter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf. Seit 1999 Gemeinschaftspraxis mit Prof. Dr. med. Stefan Wilm.

Buchbesprechung



Der diagnostische Blick – Atlas und Textbuch der Differenzialdiagnostik

Frank W. Tischendorf (Hrsg.)
7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage
629 Seiten, 1314 Abbildungen, davon 1283 farbig
Schattauer Verlag
Stuttgart 2008
ISBN-13: 978-3-7945-2474-7

Das Standardwerk der Primavista-Diagnostik, „Der diagnostische Blick“ von Frank

Tischendorf (Hrsg.) ist in seiner nunmehr 7. Auflage erschienen. Erweitert um mehr als 300 auf nunmehr 1314, größtenteils farbige Abbildungen lädt es ein zu einer Reise durch das gesamte Gebiet visuell erfassbarer Krankheitszeichen. Bilder von hoher Prägnanz und Aussagekraft fokussieren den Blick des Betrachters auf das jeweils Typische und Richtungsweisende.

Ergänzt werden die Abbildungen durch kurze erläuternde Texte, die sich ebenfalls auf das Wesentliche konzentrieren. Etwas gewöhnungsbedürftig ist vielleicht die gewählte Systematik, die nicht der gewohnten Struktur von Standardwerken der Krankheitslehre folgen kann, vor dem Hintergrund einer notwendigerweise visuellen Katalogisierung krankhafter Veränderungen aber schnell nachvollziehbar wird.

Neben der Schulung des Blickes bietet das Buch dem Leser in zahlreichen Übersichtstabellen Zusatzinformationen zur Klassifizierung, klinischen Symptomatik und Differenzialdiagnose.

Zusammengefasst liegt mit diesem Textbuch-Atlas ein Werk vor, das es Kolleginnen und Kollegen gestattet – je nach Erfahrung – ihren persönlichen diagnostischen Blick zu entwickeln, zu schulen oder zu vervollkommen.

Irmgard Streitlein-Böhme, Freiburg